

HYDRONÉPHROSE CONGÉNITALE

ET

CANCER DU REIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juin 1920

PAR

Georges CASAL

Né à Montpellier, le 7 mars 1891

MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1^{re} CLASSE DE RÉSERVE

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		MASSABUAU, professeur.		
		JEANBRAU, agrégé.		
		ETIENNE, agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

HYDRONÉPHROSE CONGÉNITALE

ET

CANCER DU REIN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 183

HYDRONÉPHROSE CONGÉNITALE

ET

CANCER DU REIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juin 1920

PAR

Georges CASAL

Né à Montpellier, le 7 mars 1891

MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1^{re} CLASSE DE RÉSERVE

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, professeur, *Président*.
{ MASSABUAU, professeur.
{ JEANBRAU, agrégé.
{ ETIENNE, agrégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM MAIRET (*)	DOYEN.
FORGUE (O *)	ASSESSUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*)
Physique médicale.....	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *)
Physiologie.....	HEDON (*)
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DU CAMP (*)
Anatomie.....	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTON.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*)
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*)
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (☿)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (☿)
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DR ROUVILLE, prof.-adj
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O ☿), a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, ☿, a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé (ch. de c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON ☿ (☿), doct. (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (*)	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	RUZIERE.	PECH ☿ (ch. d'agr.)
GAUSSRI. (☿ ☿)	J. DELMAS (☿).	VALLOIS H. (ch. d'agr.)
RICHE.	RIMBAUD ☿.	

Examineurs de la thèse.

MM. FORGUES, professeur, <i>président.</i>		MM. JEANBRAU, agrégé.
MASSABUAU, professeur,		ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

G. CASAL.

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESCAT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE D'UROLOGIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FIOLE

CORRESPONDANT NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
PROFESSEUR DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

G. CASAL.

HYDRONÉPHROSE CONGÉNITALE

ET

CANCER DU REIN

INTRODUCTION

C'est notre maître, M. le professeur Escat, qui nous a donné l'idée de ce travail et nous confia deux observations inédites d'hydronéphrose congénitale et de néoplasme du bassinet de deux malades de son service ainsi qu'une observation déjà parue dans le *Marseille médical* de 1919, en collaboration avec P. Fiolle et publiée à un autre point de vue.

Au cours de l'examen des pièces on est frappé du développement et de la disposition spéciale qu'avait pris l'hydronéphrose, développement et disposition qui paraissent d'origine congénitale et qui n'étaient pas dans le rapport de cause à effet avec le néoplasme concomitant. D'autre part, M. de Berne-Lagarde, dans une observation récente publiée dans le *Journal d'Urologie*, et dont nous donnerons le résumé, enregistre cette coïncidence sans observer de rapport chronologique entre l'hydronéphrose et

le néoplasme. D'ailleurs les auteurs qui ont publié des travaux sur ces questions font tous de l'hydronéphrose une conséquence du néoplasme. Il nous paraît intéressant de mettre en relief un point particulier de la pathogénie des hydronéphroses congénitales, point qui est passé sous silence dans les classiques et qui a une importance pathogénique et pratique.

Pour cela, après avoir montré la fréquence de l'évolution simultanée d'une hydronéphrose et d'un néoplasme, nous exposerons les idées généralement admises quant à la formation de l'hydronéphrose consécutive à un néoplasme. Puis nous montrerons comment l'hydronéphrose congénitale peut être appelée à faciliter le développement d'un néoplasme, en nous appuyant sur les faits suivants :

1° Le néoplasme se développe sur des tissus déjà malades ;

2° Le bassinnet dilaté a une grande analogie avec la vessie et, par là même, les lésions seront identiques par leur structure, leurs symptômes cliniques, leurs transformations et leurs pronostics.

Nous présenterons ensuite nos observations et nous terminerons cette étude par quelques considérations pathogéniques que nos observations nous ont suggérées.

HISTORIQUE

Il nous a été donné de remarquer combien la place de l'hydronéphrose ou de l'hématonéphrose est petite dans la plupart des observations publiées de cancer du rein. Il en est de même dans les ouvrages, que nous avons consultés à ce sujet, d'Albaran et Imbert, de Duval et Grégoire, de Legueux. De Berne-Lagarde dit dans son article du *Journal d'Urologie*, que son observation est la première donnant un peu d'importance à la dilatation du bassin. La concomitance de ces affections est donc rare.

Il n'en est pas de même pour les tumeurs du bassin. Celles-ci sont cependant classées par les auteurs parmi les lésions rares. Les néoplasmes, qui sont de nature méso-dermique (sarcomes, myxomes), le sont certainement beaucoup plus que ceux de nature épithéliale (papillomes, épithéliomas). Albaran ne put en réunir que sept observations antérieures à 1900. Une seule s'accompagnait d'hydronéphrose. Voici d'ailleurs les statistiques que nous avons pu réunir.

Albaran, en 1900, note vingt observations de papillomes du bassin, dont douze étaient développées dans une paroi hydronéphrotique, seize observations d'épithéliomas papillaires avec sept hydronéphroses.

Dérévenco, en 1909, trouve vingt-sept papillomes et

vingt-quatre épithéliomas papillaires. L'hydronéphrose ou l'hématonéphrose existait dans vingt-deux cas.

Nock, en 1921, reprend la question. Il relève :

33 observations de papillomes avec 21 hydronéphroses ;

31 observations d'épithéliomas papillaires avec 13 hydronéphroses ;

30 observations d'épithéliomas non papillaires avec 2 hydronéphroses ;

7 tumeurs non épithéliales avec 1 hydronéphrose.

Nous aurons à ajouter à ces statistiques un cas de Statsny, de Prague, en mai 1912 : Papillome du bassinet avec début de dégénérescence épithéliomateuse. Un cas de W. Lowen, de Cléveland, en mai 1913 : Papillome malin du bassinet avec métastase vésicale. Un cas de Charles Green Cunston, en janvier 1913 : Papillome pur avec hydro-hématonéphrose. Le cas de Berne Lagarde, dont nous avons déjà parlé : Epithélioma papillaire du rein.

Les deux nouveaux cas que nous rapportons dans nos observations, ce qui nous fait au total :

36 papillomes francs avec 24 hydronéphroses ; 34 épithéliomas papillaires avec 14 hydronéphroses ; 30 épithéliomas non papillaires avec 2 hydronéphroses ; 7 tumeurs non épithéliales, avec 1 hydronéphrose.

INTERPRETATIONS CLASSIQUES

La dilatation du bassinnet que nous trouvons dans près de la moitié des cas de néoplasme du bassinnet d'après nos statistiques précédentes peut être consécutive à la tumeur ou bien préexister.

Albarran et Imbert font de cette hydronéphrose une lésion secondaire au néoplasme, celui-ci agissant seulement mécaniquement par obturation, diminuant ou arrêtant ainsi l'écoulement normal de l'urine.

Les tumeurs du bassinnet peuvent en effet agir mécaniquement. L'obstruction directe se voit quand les franges papillomateuses libres et flottantes dans la cavité pyélique viennent en contact avec la lumière du conduit urinaire.

Le papillome peut se trouver développé au niveau du collet du bassinnet. Celui-ci devient le siège d'un épaissement néoplasique, comme dans l'une de nos observations, où on constatait qu'un pont fibreux diminuait notablement le calibre du canal, mais laissait tout de même passer l'urine.

Le poids de la tumeur peut ptoser le rein et ainsi créer sur le trajet de l'uretère, une coudure, une torsion par suite de la présence des vaisseaux normaux, en particulier l'artère rénale ou une artère rénale supplémentaire. Dans ces derniers cas, l'hydronéphrose est encore accentuée par la formation d'un éperon uretéro-pyélique, l'uretère s'insérant à la partie supérieure de la poche, à laquelle elle reste accolée sur une certaine longueur.

HYDRONEPHROSE CONGÉNITALE ET CANCER DU REIN

A côté de cette pathogénie secondaire de l'hydronéphrose accompagnée d'un néoplasme du bassinet, il y a lieu de considérer l'hydronéphrose congénitale dans la paroi desquelles se développe un néoplasme. Nous avons pu relever dans un certain nombre d'observations déjà publiées, parmi les antécédents des malades, la constatation d'une tumeur hydronéphrotique que pouvait expliquer seule la congénitalité. Ainsi, le malade de Pantaloni (Arch. Prov. de Chir. 1899).

L'obstacle causal des hydronéphroses congénitales siège soit dans l'urètre soit dans l'uretère. Ces dernières sont les seules qui nous intéressent dans le cas présent.

Les modifications du calibre des uretères, les coudures anormales, les abouchements anormaux, les anomalies de développement révèlent leur influence pathogène par la formation de l'hydronéphrose congénitale.

Celle-ci peut ne pas se montrer d'une façon apparente dès la naissance, mais ne demande qu'un accident fortuit (traumatisme, infection, toute action amenant une congestion locale) pour attirer l'attention, passant ainsi de l'état latent à l'état perceptible. Telle l'observation de Morley (1910) où il a été constaté que la papillome s'était dévelop-

pée dans le sac hydronéphrotique d'un rein en fer à cheval. Ou encore le célèbre cas de Neelsen : Un uretère bifurqué aboutissant en haut à deux reins distincts, présentant un papillome dans sa branche supérieure près du bassinnet atteint par le néoplasme et dilaté par une hydronéphrose considérable.

•^r•

Ces hydronéphroses d'origine congénitale, dont la pathogénie et même l'existence sont encore très discutées, se présentent à nous en général avec des caractères assez particuliers. Elles sont très volumineuses le plus souvent, (l'observation de Pantaloni relate une contenance de vingt-quatre litres; une de nos pièces atteignait 0 m. 60 de circonférence), lobées. Le parenchyme rénal est considérablement aminci et présente presque la même épaisseur que la paroi pyélique. Lorsque l'uretère ne participe pas à la dilatation, il y a un contraste frappant entre son volume, qui peut atteindre le calibre d'une allumette en cire et celui de l'hydronéphrose. Brusquement, sans transition, il sort de la poche hydronéphrotique. Le collet est très accentué et marque nettement la limite du bassinnet dilaté et de l'uretère. Celui-ci peut participer à la dilatation, et nous le voyons alors augmenter de volume, atteindre la grosseur du pouce et même davantage; il prend les mêmes propriétés que la paroi de l'hydronéphrose. On observe dans ce cas le rétrécissement au niveau de l'implantation de l'uretère sur la vessie, à moins qu'il n'y ait dilatation de l'orifice et même prolapsus de l'uretère. Nous en avons observé plusieurs cas dans le service de M. Escat.

Parmi les observations qui font partie de notre statistique, un certain nombre mentionne de volumineuses hydronéphroses avec le tissu noble du rein atrophie, le cali-

bre de l'uretère réduit ou au contraire augmenté de volume. Nous pensons que ce sont là des hydronéphroses d'origine congénitale, sur lesquelles se sont greffés des néoplasmes.

Parmi les hydronéphroses moins importantes constituées sur des reins cancéreux et pouvant être considérées comme la conséquence banale, mécanique de la déformation du rein, il en est peut-être qui sont primitives et ont été le point de départ indirect de la dégénérescence néoplasique.

* * *

L'étude de l'étiologie des néoplasmes nous montre que ceux-ci ont une tendance marquée à se greffer sur une lésion déjà existante, sur des tissus malades. Il semble qu'ils trouvent dans ces tissus en moindre état de résistance, un terrain favorable à leur développement.

On cite un certain nombre de cas de coexistence de tuberculose et de cancer du rein. (Observations de Morris, Rayer, Albarran, Legueu.)

La constatation de la coexistence d'un cancer associé à la lithiase rénale est encore plus fréquente. D'après les auteurs, il est rationnel d'attribuer un certain rôle dans le développement du cancer à l'irritation déterminée par un calcul. Ainsi, nous le voyons dans le rein, le bassinnet, la vessie, la prostate. Dans la plupart des observations, et celles-ci sont très nombreuses, il s'agit de calculs uriques, concrétés avant l'apparition du cancer et non de calculs phosphatiques secondaires.

La stagnation de l'urine dans l'hydronéphrose est une cause d'irritation permanente. Les tissus de la poche sont des tissus en moindre état de résistance. Donc, l'envahissement néoplasique doit se faire plus facilement. On peut

donc admettre que l'hydronéphrose, et en particulier l'hydronéphrose congénitale, agit comme une cause irritante, banale, prédisposant au cancer.

* *

Nous voyons à ce point de vue, le bassinnet prendre une ressemblance avec la vessie. En effet, normalement, le bassinnet n'est qu'un lieu de passage pour l'urine. Ses tissus ont été créés uniquement pour cette fonction. Lors de la formation d'une hydronéphrose, le bassinnet devient vessie. Ses mêmes tissus ne remplissent plus leur véritable fonction physiologique. Ils doivent s'adapter à la nouvelle et les lésions du bassinnet et de la vessie peuvent avoir alors quelque ressemblance. Les caractères macroscopiques et microscopiques, les signes cliniques, les formes de dégénérescence sont autant de points de ressemblance.

Legueu dit, dans son traité chirurgical d'urologie: « Le caractère général le plus saillant des tumeurs de la vessie est leur tendance à être villeuses et papillomateuses. La muqueuse vésicale, quand elle prolifère, donne naissance à des franges papillaires, et, ce caractère, qu'elle tient de son origine allantôidienne, est si général que presque toutes les tumeurs de la vessie sont villeuses. »

Les tumeurs du bassinnet ont la même tendance. D'après nos statistiques, plus des deux tiers sont des papillomes ou des tumeurs papillaires. Celles-ci se présentent comme une masse molle, diffluyente, s'écrasant sous la pression, d'une couleur blanc grisâtre. Surmontant la masse centrale, la surface est faite de prolongements charnus, papillaires, dont on se rend compte une fois immergés dans l'eau.

Histologiquement nous retrouvons les mêmes forma-

tions celluluses: tissu conjonctif contenant en son centre un capillaire, le tout recouvert régulièrement sur toute son étendue de plusieurs couches de cellules épithéliales.

Nous retrouvons de même le principal signe clinique pour le même type de néoplasme placé dans la vessie et le bassin: l'hématurie. Celle-ci est spontanée, capricieuse, intermittente. Un seul point différencie l'hémorragie due à un papillome de la vessie, de celle due à un papillome du bassin; c'est que, dans le premier cas l'hématurie est terminale, dans le deuxième elle est totale. Cela est logique et tient à la différence de hauteur à laquelle est placée la lésion.

Nous trouvons un point d'analogie de plus dans la transformation du néoplasme bénin du bassin et de la vessie en néoplasme malin. L'anatomie pathologique et la clinique l'ont établi. Il est fréquent de trouver sur la muqueuse de la vessie des papillomes typiques reconnus bénins au microscope et à la clinique par la longueur de leur évolution, et de constater finalement une dégénérescence épithéliale soit dans la cicatrice, soit une métastase (cas de M. le professeur Escat: malade opéré quatre fois de papillomes vésicaux par Guyon et Albarran, puis d'un calcul de la vessie par M. Escat, et décédé au bout de dix-huit ans d'un cancer de la prostate), soit une généralisation.

De même dans le bassin on retrouve les franges typiques du papillome franc, puis au bout d'un certain temps (deux ans dans un cas de Reynès, onze ans dans un cas d'Albaran), la dégénérescence a lieu et l'on retrouve alors toutes les transitions macroscopiques et microscopiques qui traduisent cette transformation en tumeur épithéliale, soit dans le rein, soit dans la cicatrice, soit dans tout l'abdomen par métastase. Bon nombre d'observations accuse

cette dégénérescence. Mock, en 1913, donne les résultats suivants :

Pour les papillomes :

Mortalité nulle,

Récidives : sur 14 malades revus, 6 récidives entre trois mois et dix ans.

Pour les cancers papillaires :

25 néphrectomies, 23 guérisons opératoires,

Sur 18 malades revus :

6 sont morts de trois à huit mois après l'opération

4 sont morts de deux à cinq ans après l'opération.

3 ont récidivé un an après.

5 étaient bien portant de un à six ans après l'opération.

Pour les épithéliomas non papillaires :

17 opérés : 14 guérisons opératoires.

Sur 6 malades revus, 5 sont morts par récidence, 3 sont bien portant quatre à six ans après.

Nos deux observations personnelles rapportent cette dégénérescence.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Fiolle P. et Escat

(Résumé)

F. J..., mineur, 39 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 12 avril 1909 pour hématuries.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels.

Il y a quatre ans, au milieu de son travail, hématurie abondante, indolore, durant quelques jours. Au bout d'un mois nouvelle hématurie semblable à la première. Puis à peu près tous les trois mois les hématuries se reproduisent. Depuis cinq mois l'hématurie est presque continue. Le malade maigrit considérablement.

Le 12 avril le malade entre à l'Hôtel-Dieu.

Homme robuste, bien constitué, mais anémié et asthénique. Rein droit: rien d'anormal. Rein gauche: légèrement ptosé, augmenté notablement de volume.

Dans la nuit qui suit son entrée, débacle urinaire et hématurique; le rein est revenu à son volume normal. Il occupe toujours la même place.

Vessie et prostate normales.

Le diagnostic de papillome du bassinet est posé.

Néphrectomie par M. le professeur Escat, le 28 avril 1909.

Au cours de l'opération l'uretère se rompit au niveau de son abouchement avec le bassinet. On constate à ce niveau un rétrécissement qui ne laissait passer que difficilement un cathéter métallique mince, jusqu'au niveau de la vessie. Pas de trace de tumeur.

Suites opératoires normales. Cicatrisation. Le malade sort de l'hôpital. Plus d'hématuries.

Examen de la pièce. — La substance rénale présentait de nombreuses bosselures. Le bassinet, d'une consistance assez résistante, était très augmenté de volume. Un énorme papillome siégeait au niveau interne de sa paroi. Des propagations de moindre volume, formant des îlots secondaires, de développement du néoplasme, occupaient tout le reste du bassinet. Le point d'abouchement de l'uretère était très rétréci.

L'examen microscopique confirma le diagnostic de papillome du bassinet.

OBSERVATION II

De Berne-Lagarde

(Résumé)

S. C..., 47 ans, entre le 8 septembre 1913 pour hématuries, à la clinique Necker.

Au début de juillet 1913, première hématurie. Quelques jours après nouvelle hématurie plus intense. Des douleurs lombaires apparaissent. Fin juillet, à la suite de fatigues les hématuries reparaissent, cédant au repos. Le 15 août, nouvelle hématurie. Le malade entre à l'hôpital.

Cathétérisme bi-latéral: on bute à gauche à 2 centimètres. Le rein gauche donne peu d'urine. Exploration nulle. Le rein droit fonctionne normalement.

Azotémie: 0 gr. 37; constante: 0 gr. 081.

Le 9 octobre: néphrectomie gauche.

Gros rein hydronéphrotique. Le bassinnet s'est dilaté légèrement et épaissi. Une artère pénètre dans le pôle inférieur du rein en croisant le collet de l'urètre sur sa face antérieure sans y déterminer d'empreinte. La lumière urétérale est d'ailleurs nette et perméable. Dans le calice inférieur petite saillie du volume d'un pois, rougeâtre, sessile, assez loin de l'embouchure de l'urètre et ne pouvant être la cause de l'hydronéphrose. L'examen microscopique montre que l'on est en présence d'une tumeur épithéliale. La tumeur du bassinnet était en continuité avec celle du parenchyme rénal et de même nature.

En résumé: néoplasme du rein développé dans une paroi d'hydronéphrose. L'auteur fait remarquer que le néoplasme n'a pu oblitérer la lumière urétérale et devenir ainsi la cause de la rétention rénale.

OBSERVATION III

(Personnelle)

Service de M. le Professeur Escat

D. J..., 35 ans, sans profession, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Escat, le 18 février 1919, pour hématuries totales persistantes et permanentes.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels: bien réglée, mariée à 29 ans, 3 grossesses, 3 accouchements sans incident. Enfants

bien portants. Une fausse couche de deux mois et demi après le deuxième enfant. Le dernier accouchement est d'octobre 1917.

La première hématurie date de quatre ans. Elle est spontanée, indolore, assez abondante; elle a lieu pendant la nuit. Neuf mois après, nouvelle hématurie présentant ces mêmes caractères.

Depuis cette époque les hématuries augmentent de fréquence. D'abord tous les dix ou quinze jours, puis tous les huit jours, enfin tous les deux ou trois jours. Jamais de crises douloureuses de lithiase, jamais d'émission de calculs ni de sable. Pas de fièvre.

Mais devant la persistance de l'hémorragie et un état anémique assez marqué, la malade entre à l'hôpital.

A l'examen, pas de vascularisation superficielle; la palpation du rein gauche ne donne aucun renseignement. Le rein droit est volumineux, indolore, mobile, régulier. Il occupe une grande partie de l'hypocondre droit. Il n'est pas possible actuellement de savoir, si la tumeur rénale subit des variations de volume. Rien d'anormal aux points urétéraux droit et gauche. Le toucher vaginal ne donne point de renseignements.

Les urines sont très hématuriques. Il se forme un caillot notable au fond du verre. Pas de douleur à la miction. Pollakiurie diurne, capacité vésicale: 120 à 150 centicubes.

On pratique la cystoscopie. A droite, sur la partie latéro-inférieure du trigone, on aperçoit une tumeur papillaire du volume d'une noix, partie lobée, partie frangée et recouverte par des caillots fibrineux. On n'aperçoit pas l'orifice urétéral droit et on ne peut dire, tout d'abord, si la végétation émerge de cet orifice, ou si elle est insérée sur ses côtés. A gauche, l'orifice urétéral est aperçu au milieu de débris papillaires et de caillots.

On fait le cathétérisme urétéral gauche. Une sonde n° 6 est placée facilement. Elle va jusqu'au bassinnet. Pas de rétention pyélique. Rythme d'éjaculation normal. Une sonde à bécuille n° 16 est placée dans la vessie.

Résultat de la séparation

REIN DROIT		REIN GAUCHE	
En 4 heures.....	80 cc.	En 4 heures.....	60 cc.
En 24 —	480 cc.	En 24 —	360 cc.
Sang.....	présence	Sang.....	abondant
Pus.....	0	Pus.....	0
Urée par litre.....	15 gr. 50	Urée par litre.....	10 gr. 70
— par 24 heures.	7 gr. 40	— par 24 heures.	3 gr. 24
NaCl par litre.....	6 gr. 60	NaCl par litre.....	4 gr. 35
— par 24 heures.	2 gr. 90	— par 24 heures..	1 gr. 65
Azotémie.....		0 gr. 38	
Constante.		0 gr. 117	

La compensation paraissant établie, on décide l'intervention.

Intervention le 27 mars 1919.

Incision lombaire. Tumeur facilement accessible. On refoule la graisse péritonéale et on cherche la capsule adipeuse. Elle est adhérente et friable. En la dégageant on ouvre le péritoine. On le referme et on amorce le clivage normalement. On dégage en avant et en bas, en arrière et en haut sans contourner complètement la région du pédicule, qui est présumé être très haut en raison de l'abaissement du rein. L'uretère est dégagé. Il a le volume du petit doigt et est facilement isolé, soulevé et sectionné entre deux ligatures. Le bout inférieur est retenu par une pince. On dégage la face interne du rein le long des gros vaisseaux. On arrive au-dessous du pédicule, qui est lamelleux,

entouré d'une gangue fibro-adipeuse à la partie supérieure et antérieure du rein. On le sectionne après ligature. L'organe est alors facilement enlevé, mais tout le pôle supérieur est très adhérent et le clivage terminal met à nu un point du pôle rénal néoplasique. Le bout inférieur de l'urètre est attiré dans la plaie, isolé au-dessus d'une compresse et incisé sur trois centimètres. On ne constate pas de végétations dans son intérieur. Une ligature est placée plus bas. La partie incisée est cautérisée au thermocautère.

Fermeture du péritoine qui a été déchirée au niveau du foie sur une longueur de 10 millimètres. Le péritoine était adhérent au bord latéral du foie. On ne peut faire une occlusion complète, mais la graisse sous-péritonéale épaissie, lamelleuse, permet le capitonnage de la brèche. Une gaze est placée contre le point capitoné. Ablation de trois gros ganglions d'aspect plutôt inflammatoire sous la région préaortique.

Drainage au tiers supérieur de l'incision. Réfection de la paroi.

Examen de la pièce. — Enorme néoplasme qui paraît être un cancer papillaire ou peut-être une tumeur mixte. Pointe très ramollie de papillome dégénéré et nécrosé, au milieu du bassinnet dans la coudure où commence l'urètre supérieur. Nettement au-dessus de cette coudure, petit papillome frangé d'aspect typique inséré par deux racines. Le reste du rein est formé de parties molles, friables, véritable bouillie papillaire et de parties formées avec de gros vaisseaux, sorte de cavités vasculaires rappelant le sarcome.

Il s'agit probablement d'un papillome du bassinnet qui a dégénéré et s'est compliqué d'épithélioma du rein. L'urètre n'est pas envahi par contiguité et la tumeur vésicale constatée par cystoscopie paraît être une greffe orificielle

à distance. La dilatation de l'urètre nous a paru d'origine congénitale; elle portait sur tout le conduit. On constatait cependant à l'urètre supérieur un rétrécissement formé par une sorte de diaphragme faisant arête interne.

Ici, étant donné l'état avancé des lésions, nous ne pouvons que faire le diagnostic rétrospectif de l'hydronéphrose congénitale antérieure au cancer. Le papillome du bassinet s'est compliqué d'un cancer papillaire du rein, tout comme les papillomes de la vessie se compliquent d'épithélioma vésical ou vésico-prostatique.

Le 22 avril, intervention sur le papillome vésical. Cystostomie sus-pubienne; la tumeur est saisie par son pédicule. Section progressive et suture au catgut du pédicule et de la zone d'insertion sur la paroi. Une plaque de leucoplasie due vraisemblablement à l'application de la tumeur sur la paroi vésicale, est cautérisée au thermocautère. Suture de la paroi vésicale. Drainage sus-pubien avec une sonde de Pezzer. Sonde urétérale.

Suites normales. Plus d'hématuries.

Cette malade est revenue dans le service six mois après. Bon état général; mais on constate, au toucher vaginal, l'infiltration de l'urètre droit. Une incision iliaque fait constater une généralisation ganglionnaire et l'inopérabilité de la malade.

Cicatrisation. La malade quitte l'hôpital.

Mort quelques mois après, de généralisation.

OBSERVATION IV

(Personnelle)

Service de M. le professeur Escat

Homme de 55 ans, n'a jamais été malade. Depuis un an a maigri sans cause appréciable. Brusquement pris de fièvre

vre et d'hématurie il y a quinze jours. La température oscille entre 38 et 39°.

On constate dans le flanc gauche une énorme tumeur lisse, fluctuante, ayant tous les caractères cliniques d'une hydronéphrose. Elle ballotte nettement. Pas d'autre lésion appréciable.

L'urine est hémopurulente du commencement à la fin de la miction. L'azotémie est de 0,37, la constante de 0,027.

Le cathétérisme des uretères, pratiqué le 6 janvier, est facile à droite; à gauche la sonde s'arrête à 15 centimètres. On laisse la sonde à droite; on enlève la sonde à gauche. On met une sonde dans la vessie. L'analyse donne (urine recueillie en trois heures):

REIN DROIT	REIN GAUCHE
Urine acide 90 cc.	Urine acide 16 cc.
Albumine.. 2 gr. 40	Sang..... en abondance.
Sang..... en forte proportion	Albumine.. 25 gr.
Pus..... quelques traces.	Pus..... traces légères.
Urée..... 22 gr. 80 par litre.	Urée..... 8 gr. 45 par l.
Chlorure de	Chlorure de
sod..... 3 gr. 97.	sod..... 3 gr. 44.
<i>Examen histologique :</i>	Pas de cellule néoplasique.
Quelques amas de leucocytes isolés, cellules du bassinet, quelques cylindroïdes.	

L'urine totale recueillie en dehors du cathétérisme donnait peu de sang et peu de pus, 0 gr. 54 d'albumine.

Le diagnostic d'uro-hématonéphrose d'origine congénitale fut porté.

L'énormité de la poche, le silence symptomatique de la lésion, dont le malade ne s'était pas douté, puisque pour

lui toute la maladie était constituée par l'hématurie, la fièvre, survenue quinze jours avant et par un amaigrissement, qui pouvait être attribué à de grands chagrins, tout concordait pour conclure à une lésion ancienne longtemps tolérée et méconnue et s'étant aggravée subitement.

Nous venions justement d'opérer une énorme hydronéphrose ayant évolué dans des conditions analogues chez une femme du même âge, mais n'ayant pas donné lieu à de l'hématurie. Ce dernier symptôme, malgré la consistance uniformément molle de la poche, faisait penser à la possibilité d'un papillome du bassinet. Nous décidons la néphrectomie. Néphrectomie le 8 janvier 1919.

Incision lombaire sous-péritonéale de 25 centimètres. Dégagement laborieux de la poche géante. On arrive à l'énucléer sans l'ouvrir; ligature du pédicule: veine très volumineuse; artère très petite. L'uretère a le volume d'une allumette de bois. Il est lié et sectionné au thermocautère à 10 centimètres du bassinet. La poche énucléée en bloc mesure 60 centimètres de circonférence verticale et 51 centimètres de circonférence transversale. Elle représente extérieurement le type de l'hydronéphrose avec dilatation du bassinet et des calices à l'extrême degré de distention. Tous les lobes dessinés par la distension ont une égale consistance. On ne sent aucun relief extérieur permettant de penser à une tumeur. L'uretère étroit, atrophié relativement, se coude à angle droit sur le bassinet. C'est le type habituel constaté dans les hydronéphroses congénitales. Nous envoyons la tumeur, sans l'ouvrir, à M. le professeur Alezais. Elle a été ouverte au laboratoire de l'Ecole de médecine. Il nous a été communiqué que rien d'anormal, en dehors de la dilatation, n'avait été constaté.

Les suites de l'opération ont été régulières. La cicatrisation a été lente en raison de l'extrême minceur de la paroi

abdominale et de l'atonie des tissus. Elle s'est effectuée en partie secondairement.

Quelques mois après la malade était en pleine santé, ayant retrouvé un enbonpoint de plus de 20 kilos.

Le 3 janvier 1920, un an après son opération, le malade revient au cabinet de M. le professeur Escat. Il est méconnaissable. Il a perdu plus de 15 kilos. Il a de la fièvre : 38° le soir. Depuis deux mois, embarras gastrique; anorexie; l'urine est normale. Il se plaint d'une douleur fixe dans le flanc gauche. La cicatrice est rouge, tendue par une collection sous-jacente que l'on apprécie au palper dans la fosse lombaire. On conclut à un abcès profond de cause indéterminée. Les quelques fils employés pour la ligature du pédicule étant des catguts n° 2, résorbables, ne peuvent être mis en cause.

Le 4, incision de la collection, qui est prête à s'ulcérer. Evacuation d'un hématome avec caillots noirâtres et pus, en quantité appréciable bien que la collection soit surtout hématique. La quantité évacuée est de 200 grammes environ. L'évacuation est suivie d'un suintement sanguin très abondant. Le caractère insolite de cet hématome fait craindre une hémorragie secondaire. On fait un tamponnement à la gaze. Les jours suivants, le suintement sanguin se fait plus abondant et exige le tamponnement très serré. L'examen microscopique du liquide hémopurulent montre, en dehors du pus et des hématies, de nombreuses cellules épithéliales atypiques, qui font craindre un néoplasme.

Rien de néoplasique n'ayant été signalé dans l'examen de la poche, nous discutons la possibilité d'un épanchement sanguin périrénal, analogue à ceux de cause obscure, qui ont été décrits autour du rein sans lésion rénale appréciable. L'énorme décollement opératoire aurait pu décou-

vrir la queue du pancréas. N'y aurait-il pas là une lésion hémorragique due à un foyer de suppuration pancréatique? Pour trancher la question nous débridons le trajet et un fragment pariétal est prélevé et examiné. La coupe montre un épithélioma pavimenteux.

Il s'agit donc d'une récidive cancéreuse dans le foyer opératoire ou d'un néoplasme développé dans cette cicatrice aux dépens des organes voisins.

Bien que l'examen de la pièce, pratiqué à l'Ecole de médecine, ne nous ait pas donné le renseignement permettant de conclure à un cancer du rein, il nous paraît hors de doute qu'il existait dans cette poche, soit une néoplasie, dans la partie restante du parenchyme (cette coque donnait, en effet, encore une petite quantité d'urée), soit un papillome du bassin, tel que nous en avons constaté plusieurs cas; soit les deux cas. Il est possible de rencontrer le papillome du bassin et l'épithélioma du rein. Cette lésion néoplasique a, sans aucun doute, échappé à l'examen qui a été fait.

Le malade a succombé en mai 1920 avec les signes de propagation néoplasique. Une fistule stercorale s'est produite aux dépens du colon.

Cette observation mérite quelques réflexions. Il n'est pas douteux qu'il s'agit ici d'une énorme hydronéphrose d'origine congénitale. Quinze jours avant nous avons opéré un cas semblable d'hydronéphrose chez une femme de 50 ans. La poche présentait presque les mêmes dimensions, mais le contenu n'était pas hématique et la paroi interne ne présentait aucune végétation. La malade a parfaitement guéri. L'implantation de l'urètre, son atrophie, la dilatation de la poche réalisaient dans les deux cas le type de la dilatation congénitale.

Nous pensons que la dégénérescence néoplasique a été la conséquence éloignée et indirecte de la malformation rénale. Si les classiques signalent l'hématonéphrose comme un symptôme habituel du papillome du bassinet, c'est parce que la papillomasie est une complication fréquente de l'hydronéphrose.

Le fait n'est pas pour nous étonner. Le bassinet, distendu et transformé en réservoir de stagnation comme la vessie, est prédisposé aux mêmes affections. La transformation du papillome en épithélioma est également fréquente et redoutable dans les deux organes.

Il y a là une raison de plus de dépister et d'enlever les poches hydronéphrotiques très souvent méconnues. Le parenchyme rénal, si souvent silencieux vis-à-vis des plus redoutables lésions, est exposé aux dégénérescences néoplasiques secondaires. Le cancer greffé sur les lésions chroniques banales est ici à redouter. Nous l'avons ainsi rencontré sur des reins hydronéphrotiques congénitaux, sur des reins calculeux, sur le rein en fer à cheval et nous pensons que les grandes dilatations hydronéphrotiques, les hématonéphroses, constatées au cours de néoplasmes bénins ou malins du rein, ne doivent pas être considérées comme la conséquence, mais bien comme une cause prédisposante de la dégénérescence néoplasique.

CONCLUSIONS

I. — La coïncidence d'une hydronéphrose et d'une tumeur du rein peut s'expliquer par la déformation mécanique que la tumeur imprime au rein; ce mécanisme est moins fréquent que ne le pensent les classiques.

II. — Les papillomes du bassinet, constatés le plus souvent dans les hydronéphroses géantes, paraissent s'être développées secondairement dans ces poches congénitales soumises à une irritation constante.

III. — L'hydronéphrose primitive paraît favoriser également la production des autres tumeurs du rein: épithéliomas primitifs du parenchyme, ou épithéliomas papillaires consécutifs à la dégénérescence d'un papillome du bassinet.

IV. — L'hématonéphrose doit être considérée comme un signe presque caractéristique de néoplasme compliquant l'hydronéphrose.

V. — Cette disposition des hydronéphroses congénitales au développement du papillome et des autres tumeurs est une indication de plus à les enlever, si l'autre rein est bon, même lorsque elles sont bien tolérées.

BIBLIOGRAPHIE

1888. NEELSEN. — *Ziegl. Breit.*
1896. BRINON. — *Thèse de Paris.*
— MESLAY et VEAU. — *Bulletin de la Société. anat.*
1897. VEAU. — *Gaz. des Hôpitaux.*
1899. PANTOLONI. — *Arch. prov. de chir.*
1900. ALBARAN. — *Ann. des maladies des org. génito-urinaires.*
1901. TIKOHF. — *Arch. prov. de chir.*
1903. ALBARAN et IMBERT. — *Tumeurs du rein.*
1906. DUVAL et GRÉGOIRE. — *X^e cession de l'Assoc. franç. d'urologie.*
— BAZY. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris.*
1908. DERÉVENCO. — *Rousky chir. archiv.*
— MERLE. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris.*
1909. LEGUEU. — *Bull. de la Soc. de chir.*
— FIOLE (P. et J.). — *Bull. de la Soc. méd. de Vaucluse.*
1910. — *Gaz. des Hôp.*
— ESCAT et FIOLE (P.). — *Marseille médical.*
— LEGUEU. — *Traité chir. d'urologie.*
— — et VERLIAT. — *Revue pratique des mal. des org. génito-urinaires.*
— MORLEY. — *The Lancet.*
1911. NECKER. — *Wien. Mediz. Wochen.*
1912. STASNY. — *Journal d'urologie.*
— MOCK. — *Thèse de Paris.*
1913. CUNSTEN. — *The american Journal of urologie.*
— LOWEN (W.). — *Journal d'urologie.*
— LAJOSCADE. — *Journal d'urologie.*
— MARCHAIS. — *Journal d'urologie.*
1917-1918. BERNE (de) LAGARDE. — *Journal d'urologie.*
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 18 juin 1920.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 17 juin 1920.
Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
FORGUE.

